

PROGRAMA DE SERVICIOS MEDICOS DEL CONDADO DE SAN LUIS OBISPO

APLICACIÓN DECLARACION DE HECHOS

CADA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	ESTADO CIVIL		
Nombre del aplicante:						
Nombre del conyugue:						
Dirección de domicilio:			Número de teléfono:			
Dirección de correo:						
Grupo étnico: Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>						
Lugar de nacimiento:		Lenguaje: Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				
1. ¿Es usted nacionalizado/residente legal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Reside usted en este condado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
2. ¿Tiene niños menores de 21 años que viven con usted?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
3. ¿Alguien en la familia paga mantenimiento de niño o de esposa por orden de la corte?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
4. ¿Paga por cuidado de niños? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Cantidad mensual: _____				
5. ¿Es usted estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
6. ¿Ha usted vendido o transferido alguna propiedad durante los últimos dos años?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Ha usted cerrado alguna cuenta de cheques o ahorros durante los últimos dos años?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Si lo ha hecho, explique: _____						
7. ¿Ha recibido usted alguna cantidad grande de dinero en los últimos dos años?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
De ser así, explique: _____						
8. ¿Ha sido usted lastimado de alguna forma de que alguien más sea responsable de sus gastos médicos?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
De ser así, explique: _____						
9. ¿Tiene usted alguna aseguranza? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> De ser así, marque qué tipo:						
	AUTO	SALUD	HOSPITAL	ENTIERRO	VIDA	PROPIETARIO DE CASA
10. Vehículos:	Modelo _____	clase/año _____	balance que se debe \$ _____			
	Modelo _____	clase/año _____	balance que se debe \$ _____			
	Modelo _____	clase/año _____	balance que se debe \$ _____			
11. Tiene usted:	¿casas en las que NO vive?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿propiedad de renta?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	¿terrenos/lotes?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿edificios?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	¿herencias?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otra propiedad _____			
Valor \$ _____	balance que se debe \$ _____		Valor \$ _____	balance que se debe \$ _____		

Entre cantidades en cada línea aun si es "0".

12. dinero en efectivo	\$ _____	pensiones	\$ _____
cuentas de ahorros	\$ _____	SSI,SSP, AFDC, GR, FS, TANF	\$ _____
Cuentas de cheques	\$ _____	desempleo/desabilidad	\$ _____
inversiones	\$ _____	beneficios de veteranos	\$ _____
certificados de depósito/IRA	\$ _____	seguro social	\$ _____
botes/vehículos de recreación	\$ _____	ingresos de interés	\$ _____
ganado	\$ _____	préstamos, becas	\$ _____
acciones/bonos	\$ _____	mantenimiento de esposa o de niño	\$ _____
embargos, pagarés, hipotecas	\$ _____	compensación del trabajador	\$ _____
lotes de entierro/criptas	\$ _____	contribuciones de dinero	\$ _____
joyas o equipo de negocio	\$ _____	otra propiedad o ingreso	\$ _____

13. Usted:	¿trabaja a cambio de casa?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿recibe casa gratis?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	¿trabaja a cambio de utilidades?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿recibe utilidades?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	¿trabaja a cambio de comida?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿recibe comida gratis?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

14. Ocupación: _____	Ocupación del esposo: _____
Empleador: _____	Empleador: _____
que tan seguido recibe pago:	que tan seguido recibe pago:
<input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> cada semana	<input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> cada semana
<input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> cada mes	<input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> cada mes
cantidad total ganada: \$ _____	cantidad total ganada: \$ _____
fecha del último cheque recibido: _____	fecha del último cheque recibido: _____
cuando espera el próximo cheque: _____	cuando espera el próximo cheque: _____

Por este medio declaro que las contestaciones dadas son verdaderas y correctas. Entiendo que se me puede pedir que pruebe mis declaraciones, y por este medio doy permiso para verificar toda la información proporcionada.

FIRMA DEL SOLICITANTE O SU REPRESENTANTE

DATE

County Use Only

Certification Period _____ SOC _____

Eligibility Technician's Comments/Clarification

Eligibility Technician's Signature

Date

Reviewed by